Man pränumerirt für das österr. Kaiserreich sammt der Postversendung **nur** im **Redaktions-Bureau**, Wien, Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761 und bei allen k. k. Postämtern ganzjährig mit fl. 40 kr., halbjähr. mit 4 fl. 20 kr., vierteljährig mit 2 fl. 10 kr. Oest. W.
Geldsendungen erbittet man franco.

№ 11.

Wien. — Freitag, den 18. März 1859. — **V. Jahrg.**

Man pränumerirt für die ausser-österreichischen Staaten auf dem Wege des Buchhandels nur bei **E. F. Steinacker** in **Leipzig**, ganzjährig mit 5 Thaler und halbjährig mit $2\frac{1}{2}$ Thaler.
Inserate 10 kr. Oest. W. (2 Sgr.) pr. dreispaltige Petitzeile.
Jeden Freitag eine Nummer.

Oesterreichische Zeitschrift für practische Heilkunde.

Herausgegeben von dem Doctoren-Collegium der

medicinischen Facultät in Wien.

Redigirt von den Doctoren **G. Preyss** und Primararzt **F. Dinstl.**

Ueber Lithodialyse.

*Von **V. Kletzinsky.***

Neben der mechanischen Entfernung der Steine oder Concretionen durch operativen Eingriff, Schnitt, Extraction oder Lithotripsie, wo selbe anwendbar sind, hat sich stets, ich möchte fast sagen, in Form einer unbestimmten Ahnung das Bedürfniss nach einer lithodialytischen Methode erhalten und geäussert, das heisst nach einer Methode, die Concretionen an ihrer Bildungsstätte mittelst passender chemischer Agentien zu erreichen, sie daselbst aufzulösen und sie im gelösten Zustande den gewöhnlichen Ausscheidungswegen zu überantworten. Diese Methode, die mehr eine Ahnung als ein practisches System darstellt, verdient es vor das Forum der Wissenschaft gezogen und daselbst von ihrer chemischen und mechanischen Seite aus gerichtet zu werden. Ihre Beurtheilung im ersteren Sinne ist der Vorwurf gegenwärtiger Mittheilung.

Die Cocretionen des menschlichen Organismus lassen sich in Harn-, Gallen-, Darm-, Venen- und Drüsensteine eintheilen. Die Methoden der Lithodialyse sind ihrerseits dreifacher Art: 1. Die durch Injectionen, Einspritzen passender Lösungsmittel in die Bildungslager des Steines, 2. die electrische Dialyse, d. h. die Einspritzung indifferenter Lösungen, aus denen sich erst im Zeit- und Ortsmomente der Anwendung durch Erregung kräftiger galvanischer Ströme die sauren und basischen Menstruen des Steines entwickeln und in dem Masse als sie frei werden, auch wieder unbeschadet des Organenparenchyms verbraucht und gebunden werden sollen. 3. Die urophane Lithodialyse, die auf der Grundlage der Resorption und Secretion, vom Blute aus mittelst transsudirender, zur unveränderten Ausscheidung gelangender Transito-Mittel die Lösung der Concretionen bezweckt.

Nach dieser Gliederung der Steine in Bezug auf Oertlichkeit, nach dieser Eintheilung der Lithodialyse in Bezug auf ihren Apparat und ihre Mittel erübrigt es noch, die Concretionen nach ihren stofflichen Characteren zu ordnen, um nach erlangter Kenntniss des zu lösenden Materiales die chemische Beschaffenheit der Lösungsmittel oder Menstruen auswählen und feststellen zu können. Zu diesem Behufe müssen wir alle organischen und anorganischen Verbindungen, die im menschlichen Organismus Concretionen zu bilden vermögen, eine kritische Revue passiren lassen, in der sich so zu sagen von selbst und nebenbei auch die chemische Kritik der lithodialytischen Methoden erfüllen und erledigen wird.

1. Harnsäure und ihre Salze. Die freie im Wasser fast unlösliche Harnsäure, die äusserst schwer löslichen Biurate und der unlösliche harnsaure Kalk treten in dreierlei Concretionen auf: in den Nierensteinen, den Blasensteinen und den Gichtknoten. Die chemischen Lösungsmittel sind die ätzenden Alcalien, die Carbonate, dreibasischen Phosphate und Borate der Alcalien. Begreiflicher Weise sind nur die Blasensteine der lithodialytischen Injection und Electrolyse zugänglich, während Nierensteine und Gichtknoten nur Curobjecte der urophanen Lithodialyse sein können. Die hochgradige Empfindlichkeit der Harnblase, namentlich ihrer bei Urolithiase catarrhalisch gereizten Schleimhaut, verweigert aber auch die Anwendung der kräftigsten Lösungsmittel, von den genannten namentlich die der Alcalien und selbst der kohlensauren Alcalien, wenigstens in nur mässig concentrirten Lösungen. Die Injectionsmethode ist daher auf dieselben lithodialytischen Mittel beschränkt, wie die urophane Lithodialyse und muss deshalb der letzteren wegen der entbehrlich gewordenen mechanischen Operationen entschieden den Vorzug über sich einräumen. Die Electrolyse würde sich fast in allen Fällen ihrer Anwendung des Kochsalzes oder des Salpeters bedienen, das unter dem Einflusse des zersetzenden electrischen Stromes, wie jedes Salz in Säure und Base zerlegt wird, so dass die am negativen Pol auftretende freie Base gleich in ihrem Entbindungsmomente zur Lösung des Steins verbraucht würde, ohne die Schleimhaut der Blase verletzen zu können. Wir zweifeln nicht an der Möglichkeit eines compendiösen Electrodenapparates, der, nach Art eines lithotriptischen Instrumentes geschlossen in

die Blase eingeführt, erst dort entfaltet würde, um zweckmässig den Stein zu umklammern und ihn dem electrolytischen Einflusse zu unterwerfen; aber wenn auch alle acologischen Schwierigkeiten glücklich überwunden sein würden, so begreifen wir nicht, was im gegebenen Falle mit dem zur Lösung des Steines nicht benützten Gliede der Jonen, im vorliegenden Falle mit der Salpeter- oder Salzsäure geschehen solle. die sich bei längerer Dauer des Processes kaum indifferent gegen die Blase verhalten würde. Es ist allerdings denkbar, dass diese freie Säure dazu benützt wird, die von dem negativen Pole aus diffundirende Lösung des harnsauren Alcalis sogleich wieder zu zerlegen, neutrales indifferentes Kochsalz und neutralen Salpeter zu bilden und die Harnsäure in jener feinen Vertheilung zu fällen, in welcher sie zwar wieder unlöslich im Wasser ist, aber keine dichte Concretion sondern einen feinen Schlamm bilden würde, der in dem Menstruum oder dem Harne aufgeschlemmt ohne Schwierigkeit freiwillig oder durch Catheterisation entleert werden könnte. Wir geben sogar zu, dass durch eine gleichzeitige Anwendung des Borax dieser Uebelstand der abermaligen Fällung der Harnsäure ganz oder theilweise vermieden werden könnte, aber wir erinnern, dass ein anderes sehr nüchternes Hinderniss der genialen Ueberschwenglichkeit der Electrolyse entgegensteht, welches ihre practische Brauchbarkeit völlig in Frage stellt.

Eine grössere Untersuchung einer sehr reichen Suite von Harnsteinen, die mir von Dr. Pollak, Leibarzt des Schah in Teheran, zur Analyse eingesandt waren, hat mich belehrt, dass der Erfolg der Electrolyse von Harnsteinen ein so langsamer sei, dass zur vollständigen Lösung von Blasensteinen gewöhnlicher Grösse im günstigsten Falle weit über 100 eine Stunde lange Sitzungen erforderlich wären, wodurch diese anscheinend so milde Methode, ihre problematische Ausführbarkeit selbst zugestanden, alles Ungemach der Lithotripsie weitaus überbieten würde.

Die Injectionsmethode behauptet ihren grossen Werth bei secundärer Schichtenbildung aus zersetztem ammoniacalischen Harne in der stark gereizten katarrhalischen Blase; sie verliert aber da, wo sie den grössten therapeutischen Vortheil gewährt, allen und jeden lithodialytischen chemischen Character, denn sie bedient sich dann als ihres Injectionsmittels nur des lauen gewöhnlichen Wassers, das wiederholt in die kranke Blase eingespritzt und bald wieder mittelst des Catheters entleert wird; hier handelt es sich also nicht mehr um eine Lösung des Steins, sondern um eine erquickende Reinigung und Ausspülung der Blase. um ein Abschlemmen und mechanisches Entfernen des fermentähnlich wirkenden Schleimes der catarrhalischen Mucosa und des bereits niedergefallenen sedimentären Schlammes uratischer und phosphatischer Salze, wodurch die Cementirung und Erhärtung derselben zu neuen secundären Incrustationsschichten verhütet, der Vergrösserung des Steines vorgebeugt und die Zersetzung des aus den Uretheren stets in die Blase abtröpfelnden Harnes, die rückwirkende Ursache des Blasencatarrhs, gemildert und aufgehalten wird. Nachdem wir so die Lithodialyse auf dem Wege der Injection und der Electrolyse als practisch unnütz und ohnmächtig bei harnsauren Concretionen verurtheilt haben, erübrigt nur noch die Kritik der urophanen Methode, welche selbstverständlich auch die Nierensteine und Gichtknoten erreicht. Der Genuss alcalischer Mineralwässer, des Sodawassers, des dreibasisch phosphorsauren

und kohlensauren Natrons, der an Alcalisalzen reichen Früchte und Vegetabilien, insbesondere aber des tartarus boraxatus sind die mächtigen chemiatrischen Hebel dieser Methode. Wahr ist der Vorwurf, dass auch sie nur äusserst langsam zu wirken vermöge; eine unbedenkliche Wahrheit ist es, dass durch sie einer jener dichten harten uratischen Blasensteine von gewöhnlicher Grösse wohl niemals wirklich gelöst werden wird, aber eben so wahr ist es andererseits, dass die Bekämpfung der Crase, der steinbildenden Diathese, die Schmelzung und Verzehrung kleiner primärer Nierenstein-Nucleolen und die Resorption und Involution der Gichtknoten, also überhaupt die ganze uratische Gicht keine andere rationelle Therapie aufzuweisen habe, als die genannte.

2. Xanthin, Xanthicoxyd. Das seltene Xanthin hat, wie bekannt, in lithodialytischer Hinsicht keinerlei statistische Erfahrung aufzuweisen, aber von vorne herein lassen sich aus der Chemie dieses Stoffes nur die ungünstigsten Verhältnisse ableiten; nur in stärkeren Säuren und ätzenden Alcalien löslich, ist er weder durch die Injection noch durch die urophane Methode zu bewältigen, da durch die Vermittlung des Blutes weder Säuren, noch freie Alcalien zu transsudiren vermögen. Ueber die Electrolyse haben wir bereits bei dem Artikel der uratischen Concretionen den kritischen Stab gebrochen; da diese Methode der Lithodialyse stets und ausschliesslich mit denselben Mitteln arbeitet, gleichviel welches auch das Material der zu lösenden Concretion sei, so glauben wir sie nicht weiter mehr erwähnen zu müssen.

3. Cystin, Cysticoxyd. Das Cystin, auch noch ein ziemlich seltner, wenngleich schon viel häufigerer Steinbilder als das Xanthin, ist in Alcalien ziemlich leicht löslich und hätte daher dieselbe chemiatrische Cur der urophanen Lithodialyse wie die Harnsäure, nur fehlen derselben gleichfalls alle erfahrungsmässigen statistischen Daten.

4. Urostealith. Dieser von Heller entdeckte und von Moor in einem zweiten Falle aufgefundene und bestätigte Stoff ist in kohlensauren Alcalien ziemlich leicht löslich und theilt daher gleichfalls die urophane Lithodialyse der Harnsäure, der, wenn wir nicht irren, Heller sogar die Entdeckung dieses Stoffes zu verdanken hatte.

5. Oxalate, kleesaurer Kalk. Der kleesaure Kalk bildet zwei Sorten von Harnsteinen und gebührt beim Menschen ausschliesslich der Urolithiase; seine Säure, die Kleesäure, kann nämlich: a) durch einen anomalen Dauungs- und Assimilationsprocess einer Nahrung hervorgehen, die bei Mangel der plastischen Stoffe an Kohlenhydraten reich ist. [$C_6\ H_6\ O_6$ (Milchsäurehydrat als Dauungsphase der Kohlenhydrate) $+ O_9 = {}_3HO,\ {}_3(C_2\ HO_4)$]. In diesem Falle bildet sie die Oxalurie schlechtgenährter Kinder und im Verein mit phosphatischen Niederschlägen die Urolithiase und Gicht des Mangels; b) die Kleesäure kann aber auch in Folge der gesunkenen Energie der vitalen Oxidation sich als inquilines Zersetzungsproduct der Harnsäure bei der Harnstoffbildung behaupten; sie begleitet dann gerne die Muskelrheumen, bildet oxaluratische Steine und Sedimente und hilft mit der harnsauren Diathese causal vereinigt die Gicht des Ueberflusses bilden. Da sich der kleesaure Kalk nur in ziemlich concentrirten Mineralsäuren löst und überhaupt schwer zerlegt wird, so ist ihm weder die Injection, noch die

urophane Lithodialyse gewachsen; die Wissenschaft von heute kennt kein Transitomittel, das sie mit einiger Aussicht auf Erfolg zur Lösung oxalsaurer Concretionen empfehlen könnte.

6. Phosphorsaure Salze. Der phosphorsaure Kalk und die phosphorsaure Ammon-Magnesia kommen sowohl in primären als secundären Schichten der Steine sehr häufig in allerlei Concretionen sowohl inner- als ausserhalb des uropoëtischen Systems gemengt vor mit:

7. Kohlensauren Salzen; mit dem kohlensauren Kalke, in welchem Vereine sie auch die Verirdungen, Verkreidungen, Obsolescenzen und Atherome bilden. Da sie auch die Lösungsmittel gleich haben, nämlich alle verdünnten Säuren, so können sie hier zusammenbegriffen werden. So einfach es ausserhalb des Organismus scheint, Knochenerde oder Kreide aufzulösen, da sich diese Körper selbst in verdünntem Essig, in verdünnter Milchsäure vollständig auflösen, so unmöglich ist es für die Wissenschaft ein Menstruum namhaft zu machen, das diese Concretionen zu lösen vermöchte; denn alle verdünnten Säuren, die innerlich genommen werden, gelangen nicht einmal in die unteren Darmpartien, wo der enterische Saft seine alcalische Reaction behauptet, lösen also nicht einmal in den ersten Wegen befindliche Darmsteine, geschweige, dass sie unverändert, unzersetzt und frei das alcalische Blut zu durchsetzen, in das Parenchym und die Colatorien überzutreten, in Speichel, Thränen und Harn auszutreten vermöchten. Man wird daher trotz der chemisch richtigen Wahl durch keinerlei innere Anwendung verdünnter Säuren Phlebolithen, Darmsteine, Speichelsteine oder Thränensteine auf urophanem oder sonstigem Transitowege je zu lösen vermögen. Die Chemie weiss in dieser Angelegenheit keinen besseren Rath, als, gestützt auf ihre Forschungen über den Stoffwechsel unter Vermeidung der Pflanzenkost und der Kohlenhydrate, Fleischkost und Fette dringend zu empfehlen, von welcher Diät es bekannt ist, dass sie auf eine chemisch noch nicht näher erforschte Weise die Acescenz der Secrete und Transsudate begünstigt, während die Pflanzenkost die Alcalescenz derselben veranlasst oder steigert. In Fällen, wo die Lagerstätte der Concretion und die Reizempfänglichkeit des Organs es gestattet, können Injectionen schwacher verdünnter Säuren allerdings mit einigem Erfolge angewendet werden. Wie man aber leicht einsieht, wird die Verwendbarkeit und der Nutzen der Injectionsmethode behufs der Lösung von Concretionen immer nur ein beschränkter und untergeordneter bleiben.

8. Fibrin, Faserstoff. Fibringerinnsel können hie und da Concretionenbildung veranlassen, da sie als fremde Körper physicalisch die Abscheidung schwerlöslicher Salze beschleunigen und sich mit ihren Niederschlägen incrustiren. Fibringerinnsel an und für sich betrachtet würden sich zwar in einem Gemenge von Borax und Salpeter mit ziemlicher Leichtigkeit lösen; allein mit solchen hat man eben nie zu thun, da das Fibrin gewöhnlich schon mit einem oder mehreren der Concretionen bildenden Stoffe incrustirt ist, deren lithodialytische Hinwegschaffung somit der Dialyse des Fibrin's vorhergehen müsste. Es bedarf wohl gar kaum einer besonderen Erwähnung, dass Salpeter und Borax, zwei völlig indifferente Neutralsalze, der Injectionsmethode ebenso zugänglich sind wie der urophanen Dialyse, da sie leicht resorbirt werden, in die Secrete

und Transsudate gelangen und bei mässiger Verdünnung die Schleimhäute nicht schmerzhaft und entzündlich reizen.

9. Bilíphein-Kalk. Der Bilipheinkalk kann eben so gut wie eingedickte Galle die Veranlassung zur Bildung von Gallensteinen bieten, allein er bedarf eben so wenig, wie die eingedickte Galle eines besonderen dialytischen Menstruums, da er wie sie im Wasser zerfallend halb löslich, halb aufschlemmbar ist, und desshalb für sich allein wohl nie derbe Concretionen bilden wird, wenn nicht:

10. Cholesterin, das Gallenlipoid zu ihm tritt, das als äusserst kristallisirbar, unlöslich im Wasser, zu concentrisch schaliger Aneinanderlagerung geneigt, nicht nur mit oder ohne Biliphein-Kalk die Gallensteine, sondern auch mit den Phosphaten und Karbonaten von Kalk und Magnesia die Atherome und Obsolescenzen bildet. Alkohol, Fette und ätherische Oele und Seifen sind die kräftigsten Lösungsmittel dieses Lipoids und da die Oele zugleich die Peristaltik des Gallenganges anregen, so bilden sie die besten Mittel einer rationellen Gallensteincur.

11. Carbon-steine. Die kohlige Masse, die in seltenen Fällen (nach Berzelius selbst) Gallensteine soll bilden können, entbehrt, wie schon der Name ausdrückt, jeder Möglichkeit einer Dialyse; denn der Kohlenstoff wird ja eben gegenüber seiner Verbrennlichkeit durch seine völlige Unlöslichkeit in allen chemischen Menstruen nachgewiesen und charakterisirt.

Fassen wir nach dieser Rundschau über das Materiale und die Lösungsmittel der Concretionen, unser Urtheil über die Lithodialyse zusammen, so ist dieses Urtheil ein ziemlich hartes und folgendes:

1. Die Electrolyse ist trotz der kühnen Genialität ihrer Grundidee wahrscheinlich eine chirurgische Fehlgeburt, die wenigstens derzeit gar keine practische Bedeutung hat;

2. die Injectionsmethode, in localer Hinsicht ohnediess nur dort anwendbar, wo es auch die Lithotripsie ist, theilt mit dieser die Beschränkungen durch die Empfindlichkeit der Organe und wird von ihr an Raschheit der Beendigung und Ausgiebigkeit der Wirkung in so bedeutendem Masse übertroffen, dass sie ihr in der chirurgischen Praxis keinerlei Concurrenz zu machen vermag.

3. Was nun endlich die urophane Methode der Lithodialyse betrifft, d. h. die Bekämpfung der Concretionen durch chemisch lösende Transitomittel der Resorption, die durch das Blut in die Se- und Excrete gelangen, so ist diese nun allerdings eine wichtige, unentbehrliche, chemiatrische Therapie für die uratische Gicht und ihre Folgezustände, aber — auch nur für diese möglich. Auch diese Methode kann mit den mechanischen Operationen der Extraction und Zertrümmerung nicht concurriren, und die Wissenschaft von heute muss gestehen, dass eine Lithodialyse, d. h. ein chemisches Lösungsverfahren der Concretionen, das der operativen Hülfe entbehren, sie ersetzen, oder gar übertreffen könnte, so gut wie nicht existire.

Ueber Abscesse des vordern Mediastinum.

Von Prof. Dr. *Güntner* in Salzburg.

(Fortsetzung.)

IV. Fall von Abscess in dem Mediastinum ant. mit Fractur des Brustbeins (?) von Duncan

Reid, Esq. Surgeon in Aberdeen, (Schmidt's Jahrbücher 1835 Bd. I.).

»Cardno, 18 Jahre alt, wurde Anfangs April plötzlich von Ueblichkeit, Frost, Kopfschmerzen und allgemeiner Mattigkeit nebst Halsschmerzen ergriffen.

Gleichzeitig klagte er über Brustschmerzen, Athmungsbeschwerden, leichten Husten, nervöses Zittern und Herzpochen. Ein Apotheker verordnete ihm ein Brechmittel und einige andere Arzneien. Die Schmerzen und unangenehmen Gefühle in der Brust wurden jedoch schlimmer. Wegen Mangel an Platz im Hospitale wurde er an ein Dispensatory gewiesen uud der behandelnde Arzt liess ihm zur Ader und eine spanische Fliege über das Brustbein legen. Ungefähr eine Woche nachher wurde eine Geschwulst in der Mitte der Brust sichtbar die schnell an Grösse zunahm, wobei die Schmerzen fortdauerten und die Respiration sehr behindert wurde. Es wurde die strengste Ruhe und Enthaltsamkeit angeordnet, weil man die Krankheit für ein inneres Aneurysma gehalten hatte.

Der Knabe war früher als Hufschmied angestellt, hatte aber kurz vor seiner Krankheit eine Stelle in den Steinbrüchen angenommen, wo er der kalten und feuchten Witterung sehr ausgesetzt gewesen war. Auch hatte er einige Wochen vorher während eines Streites mit einem seiner Cameraden einen heftigen Schlag mit einem schweren Eisen auf die Brust erhalten, obgleicht er darüber nie geklagt hatte. R. fand bei seinem ersten Besuche am 24. den Kranken auf dem Rücken liegend, beinahe unfähig zu sprechen oder sich zu bewegen; das Athemholen sehr beschleunigt und keuchend, die Wangen geröthet, die Gesichtszüge ängstlich, Puls schnell und eine ungeheure Geschwulst über der Brust mit folgenden Zeichen. Dieselbe nahm die ganze mittlere Region des Brustkastens von der linken Brustwarze bis zur rechten Achselhöhle ein. Man fühlte darin eine schwache pulsirende oder schwingende Bewegung, welche der Hand mitgetheilt wurde, allein es war kein deutlicher oder starker Stoss. Die Geschwulst war bedeutend über der Brust erhaben und hatte von vorn eine runde, conische Form, war weich, nachgebend und offenbar mit einer Flüssigkeit gefüllt. Der am meisten hervorstehende Theil entsprach der Mitte des Brustbeins, die Haut war an dieser Stelle missfärbig roth, so wie beim Bersten eines Abcesses. Eine andere Abtheilung der Geschwulst in der Nähe der rechten Achselhöhle unter dem Pectoralmuskel war weniger erhaben, hatte eine oblonge, abgeflachte Form und stand offenbar mit der Höhle der andern Geschwulst in Verbindung, da die eine Geschwulst durch den Druck auf die andere vollgefüllt wurde und sich erhob. — Das Athemholen war sehr beschleunigt, kurz und beschwerlich und diese Störung wurde durch den Druck der Hand auf die Geschwulst vermehrt; er litt an Husten und zähem schleimigem Auswurfe, die Gesichtszüge drückten eine eigenthümliche Angst aus, dabei war grosse Unruhe und Schlaflosigkeit vorhanden; der Puls ungefähr 160, zusammendrückbar, schwach, jedoch nicht intermittirend oder unregelmässig; die Zunge trocken und in der Mitte braun, der Darmcanal träge, kein Appetit. Am folgendem Tage war die Geschwulst geplazt und hatte eine ungeheure Menge Eiter entleert, so dass der Kranke davon ganz überschwemmt war. Die äussere Geschwulst war ganz geschwunden, die Oeffnung in der Haut, durch welche der Eiter seinen Ausgang genommen, war an der linken Seite des Brustbeins zwischen der 2. und 3. Rippe, sie war rund und so gross, dass sie eine Fingerspitze durchliess und stand mit der Brusthöhle in directer Verbindung. Die ganze Breite des Brustbeins schien aufgesaugt oder gleichsam der Quere nach durchbrochen zu sein und die 3. Rippe jeder Seite war von ihrer Anwachsung an das Brustbein gelöst, indem die freien Enden sich nach einander unter etwas Schmerzen hin- und herbewegten und ein knarrender Ton während des Athmens oder wenn man mit der Hand auf die Theile drückte, gehört wurde. Auch drang Luft aus und ein durch die eiternde Stelle, das Athmen war schnell uud beschwerlich und der Husten häufig. Er konnte weder auf irgend einer Seite liegen noch aufrecht sitzen oder vom Rücken bewegt werden, ohne nicht sogleich heftigen Husten Schwerathmigkeit und Schmerzen zu erleiden. Beim Husten, wurde jedes Mal eine Menge Eiter aus der Wunde ausgestossen. Er warf auserdem eine Masse zäher Flüssigkeit durch den Mund aus, war schwach, der Puls klein, 120, auf den Wangen befand sich eine umschriebene Röthe, die Zunge war braun und Durst dabei zugegen.

Bei Anwendung des Stethoscops unmittelbar über der Oeffnung hörte man ein lautes Geräusch, als wenn Luft durch eine kleine Oeffnung dringt, gleichsam einen Blasen werfenden (sprudelnden) Ton, als wenn sich eine Flüssigkeit bewegte. Pectoroloquium war nirgends zu hören, etwas entfernter aber ein gurgelndes Geräusch und noch weiter ein lauter tönender Schall und an den obern und Seitengegenden der Brust kindliche Respiration. Die Percussion gab einen dumpfen Ton besonders in der Nähe des Abcesses. In der Thätigkeit des Herzens und grossen Gefässe entdeckte man nichts Ungewöhnliches. Troz einer tonischen leicht stimulirenden Behandlung besserte sich der Zustand nicht.

Am 28. zeigten sich am Rande des Brustbeins über dem 4. Rippenknorpel zwei Eiterstellen, welche mit der Höhle des Abscesses in Verbindung standen, jedoch geöffnet wurden, um dem Eiter freien Ausweg zu verschaffen.

29. Erbrechen und leichte Blutung aus der Wunde.

30. Grosse Schwäche, verminderte Secretion, Husten und Auswurf gering, kleiner Puls.

Am 1. Mai erfolgte der Tod.

Section 28 Stunden nach dem Tode.

Das Brustbein war von aussen eingedrückt oder eingefallen, besonders das untere Ende der losgelösten Theile. Nach Durchschneidung und Zurücklegung der Haut fand man den Abscess, welcher sich von der linken Seite des Brustbeins nach der rechten Achselhöhle erstreckte und die beiden äussern Oeffnungen, welche auf jeder Seite des Brusfbeins befindlich waren. Die knorpelartigen Enden der 3. wahren Rippen waren locker und standen vorwärts zu gerichtet und waren dadurch von ihrer Anheftung ans Brustbein auf jeder Seite getrennt; auch war an dieser Stelle das Brustbein selbst quer durchgebrochen. Die Endigungen der Stücke waren an ihren Trennungspuncten rauh, sandig und eckig, gleichsam als wenn sie so eben abgesägt worden wären und oberhalb sowie unterhalb dieser Stelle war die vordere Fläche des Knochens vollkommen von ihrer Knochenhaut entblösst. Nach Trennung des Sternums von der Clavicula und Durchschneidung der Rippe wurde dasselbe mit Theilen der Lunge und Pleura, mit welchen es verwachsen war, weggenommen und man fand, dass der Abscess in der Brusthöhle den

ganzen Raum zwischen den Lungen und der hintern Fläche des Brustbeins eingenommen hatte, dass der Eiter in enger Berührung mit dem Knochen gestanden hatte und dass letzterer eine bedeutende Strecke entlang von seiner gewöhnlichen Bedeckung entblösst war. Die callösen Enden des Brustbeins hingen gleichsam in Eiter und zeigten keinen Versuch zur Wiedererzeugung eines neuen Knochenstoffes. Das Pericardium enthielt einige Uncen einer serösen Flüssigkeit, die Haut war gefässreich und rosenfärbig. Das Herz, obgleich verhältnissmässig gross, schien frei und gesund zu sein. Die linke Seite der Lungen war mit dem Brustkasten nach vorn zu verwachsen, nach hinten zu aber frei. Auf der rechten Seite waren die Verwachsungen ausgebreiteter und fester, indem beinahe die ganzen rechten Lappen mit der Rippenpleura und unter sich selbst durch coagulable Lymphe in Form von falschen Häuten und von kurzen Bändern verbunden waren. Der vordere Theil der Lungen hinter dem Brustbein und wo die Lungen die hintere Wand des Abscesses bildeten, war etwas abgeflacht und niedergedrückt. Die Lungensubstanz war fester als natürlich, das Gewebe derselben mit Blut überladen und dunkelroth besonders der untere und mittlere Lappen der rechten Lunge; in den obern Lappen war die Farbe heller und rosenfarbig und hellgrau. Bei dem Einschneiden floss aus den grösseren Gefässen mit dem dunkelgefärbten Blute eine grosse Menge blutiges Serum und zähe schleimige Flüssigkeit aus. In dem obern Lappen der linken Lunge befand sich eine kleine kalkartige Masse. Die Unterleibsorgane waren gesund.«

R. erklärt zwar den Eiterherd in der Brusthöhle als einen Abscess des vordern Mediastinum, huldigt jedoch der Ansicht, er möge durch eine Fractur des Sternum, welche in Folge des Schlages vor einigen Wochen entstanden sein mochte, veranlasst gewesen sein. Dieser Annahme widerspricht der Umstand, dass das Trauma viele Wochen vorherging, Patient nicht die geringsten Schmerzen fühlte und selbst die schwersten Arbeiten verrichtete. Gesetzt es wäre durch den Schlag eine Fissur im Knochen entstanden, so müsste man den Schlag als die den Abscess gleichzeitig veranlassende Ursache annehmen, da die Erscheinungen, welche diesen bekunden, den Veränderungen im Knochen vorangingen. Nach der Krankengeschichte ist es jedoch viel wahrscheinlicher, dass der Abscess, wenn auch durch den Schlag provocirt, das primäre Leiden war, welches die Veränderungen im Knochen zur Folge hatte. (Schluss folgt.)

Mittheilungen.

A. Aus der gerichtsärztlichen Praxis, ärztl. Section.

Zur Frage über die Competenz der gerichtlichen Psychologie.

Von Dr. ***Schlager***, Landesgerichtsarzt und Docent der Psychiatrie.

(Schluss.)

Bei der vorgenommenen Untersuchung fanden die Gerichtsärzte an dem Genannten N. N. nachfolgenden Zustand: derselbe ist von kleiner Statur, mässig genährt, schwächlich gebaut, sein Kopfhaar weiss, die Kopfhaut am Scheitel gegen die Stirn und das Hinterhaupt zu kahl. An der Hinterhauptgegend, entsprechend der ganzen Ausdehnung der Hinterhauptsschuppe, zeigte sich die Kopfhaut etwas geschwellt, an mehreren Stellen in merkbaren Furchen eingezogen, in derselben bläulich-rothe Venenstränge deutlich durchschimmernd, die sonstige Farbe der Haut und Temperatur an dieser Stelle nicht merklich verändert, dieselbe in Falten aufhebbar; jedoch bei selbst nur leichtem Drucke zeigte sich an dieser Stelle eine merkbare Empfindlichkeit und bei der genauen Untersuchung fanden sich in einem Umkreise von kaum Handteller-Grösse 6 bis 7 härtlich anzufühlende, etwa Erbsen bis über Bohnen grosse, beim Druck ausweichende, in einer gewissen Richtung nach vor- oder rückwärts theilweise ziemlich leicht verschiebbare Knoten, so wie deutlich zu fühlende rigide Venenstränge. Das rechte Ohr zeigte sich tief dunkel geröthet, die Röthe beim Druck schwindend, der Ohrmuschelknorpel merkbar geschwellt, kurz die Haut des ganzen äusseren Ohres ödematös. Die Schläfenarterien zeigten sich im hohen Grade rigid. Die Iris grau, die Pupillen verengt, die Iris unempfindlich gegen das Licht. Die Zunge beim Vorstrecken merklich zitternd und nach rechts gezogen; die Carotiden und Radialarterien gleichfalls in hohem Grade rigid. Brust- und Unterleibsorgane normal; die Temperatur der Haut am Kopfe wie an den übrigen Körpertheilen, insbesondere an der linken Körperseite merkbar gemindert, sowohl an den oberen als unteren Extremitäten fanden sich allenthalben varicöse Venenstränge bläulich durchschimmernd. Der Gesichtsausdruck des Untersuchten ist erschlafft, sein Blick stier, er blickte in seinem Hinbrüten ohne wahrnehmbare Reaction durch mehrere Minuten auf eine gegenüberliegende von der Sonne beleuchtete weisse Wand, sein Gehör scheint etwas geschärft, die Empfindung der Haut insbesondere linkerseits in merkbaren Grade gemindert, gleichfalls die Druckkraft seiner Hände. — Seine Sprache ist langsam, etwas angestrengt, die einzelnen Worte vorstossend, seine Körperhaltung gebeugt, sein Gang schleppend und unsicher, besonders der linke Fuss merklich gesteift. Dabei war der Kranke aber auch unrein, sowohl von Harn als Faecalstoffen. — Die Harnblase mässig ausgedehnt. —

Der Geisteszustand desselben ergab sich in nachstehender Weise. Derselbe zeigte einen völligen Mangel psychischer Reaction auf äussere Reize, ausgesprochen durch eine hochgradige Apathie und Theilnahmslosigkeit gegen seine Umgebung, den gleichbleibenden apathischen Gesichtsausdruck und den Mangel eines selbstgewollten Bewegungsactes. Nur nach wiederholten, eindringlich gestellten Fragen sah er etwas auf den Sprecher, gab jedoch nur eine sehr kurze, ungenügende Antwort und verfiel darnach wieder in sein apathisches Brüten. Keine der an ihn gestellten Fragen erregte nur irgendwie seine Aufmerksamkeit, konnte ihn für einen Moment fesseln, jede ging ohne Reaction in seinem Mienenspiele und Geberden vorüber, sowie jede Rückerinnerung an sein früheres Leben; sein Gedächtniss scheint zum grösstentheile geschwunden. Er zeigte sich unempfindlich, gegen die Folgen seines Unreinseins.

Laut Mittheilungen des ihn behandelnden Arztes äusserte sich dessen Krankheitsverlauf in oben angedeuteter Weise, es wird von demselben bestättiget, dass an N. N. schon seit längerer Zeit eine öfters wiederkehrende unmotivirte Verstimmung und Traurigkeit, so wie ein zeitweise vortretender Hang zum Ankaufe völlig werthloser Gegenstände beobachtet wurde. Derselbe sei stets etwas ängstlich und in seinem Benehmen mitunter läppisch gewesen und hätte bei seiner Umgebung schon in früherer Zeit den Eindruck eines geistig beschränkten, zeitweise wie man sagt, etwas rappelnden Menschen hervorgerufen. Insbesondere habe sich im J. 1848 durch einige Zeit sein Gemüths- und Geisteszustand als krankhaft gestört gezeigt.

Die oben beschriebenen Veränderungen der Kopfhaut an der Hinterhauptgegend datiren schon mehrere Jahre vor dem Ausbruche seiner Störung im J. 1855, sein Krankheitszustand im J. 1856 charakterisirte sich als eine Mennigitis; bereits in früherer Zeit litt er an häufigen Hämorrhoidalzuständen, Hämorrhoidalblutungen, zeitweiser Anschwellung der unteren Extremitäten und in letzter Zeit an wiederholten hochgradigen Mastdarmblutungen. —

Gutachten.

Auf Grundlage der gepflogenen Erhebungen und der eingehenden Untersuchung des N. N. ergibt sich:

Dass bei dem zur Constatirung des Geisteszustandes den genannten Gerichtsärzten zur Untersuchung zugewiesenen N. N. dermalen positive Anhaltspuncte vorhanden sind für das Bestehen eines krankhaften Hirnzustandes, der sich durch die Erscheinungen krankhaften Hirndruckes in der Empfindungs-, Bewegungs- so wie psychischen Sphäre des Nervensystems ausspricht und zwar in erstgenannter Hinsicht durch die Erscheinungen geminderter Sensibilität in den verschiedenen Sinnesorganen, insbesondere im Bereiche des Gesichtssinnes, ausgesprochen durch die geminderte Empfindlichkeit gegen das direct einfallende und reflectirte Sonnenlicht, gleichzeitig auch zu entnehmen aus der verminderten Bewegungs-Reaction der Iris gegen das einfallende Licht, weiterhin durch die merkbar geminderte Empfindlichkeit im Bereiche der Hautnerven der oberen und unteren Gliedmassen, den unbewussten Abgang von Harn- und Fäcalstoffen; — in der motorischen Sphäre durch die Symptome der geminderten Innervation der motorischen Nerven für die Organe der Bewegung und Sprache, ausgesprochen durch die unsichere, zitternde Bewegung der Zunge, den schleppenden, schwankenden, unsichern Gang, der geminderten Druckkraft seiner Hände und dem ausdruckslosen schlaffen Gesichtsausdruck; — in der physischen Sphäre durch den völligen Mangel von Erscheinungen einer Anregung durch Vorstellungsbilder sei es in Begriffen, Urtheilen oder Schlüssen, durch den Mangel jedweder Reaction auf reproducirte Vorstellungsacte (Rückerinnerungen aus seinem früheren Leben), kurz den Zustand allgemeiner psychischer Apathie gegen objective und subjective Erregungen. —

Diese verschiedentlich angeführten krankhaften Erscheinungen characterisiren jenen abnormen Geisteszustand, den man als Blödsinn bezeichnet. Dieser krankhafte Geisteszustand steht in nächster ursächlicher Beziehung einerseits mit dem bei diesem Individuum vorgeschrittenem Altersschwund seines Gehirns (Atrophia senilis), andererseits theilweise, muthmasslich auch mit jenen krankhaften Veränderungen in seinem Venensysteme (Varicositaeten), die sich nicht nur im ganzen Venensystem der oberen und insbesondere unteren Extremitäten, dem Geflecht der Hämorrhoidalvenen, sondern auch insbesondere an der oben hervorgehobenen Stelle in der Gegend der Hinterhauptschuppe ausgesprochen finden und die zu der gegründeten Vermuthung Anlass geben, dass nebst dieser an der äussern Schädelhaut vorhandenen Venenausdehnung und Venenerweiterung mit Venen-Steinbildung analoge Veränderungen der in der Schädelhöhle befindlichen Blutgefässe insbesondere der Venen der zarten Hirnhaut in Folge des vorgeschrittenen Hirnschwundes bestehen, die gleichzeitig den durch letztgenannten Krankheitsprocess, so wie durch die muthmasslich in Folge der vor 2 Jahren stattgehabten acuten Hirnerkrankung gesetzten plastischen Producte bereits bedingten Hirndruck steigern und so die verschiedentlichen Functionsstörungen in den einzelnen Sphären des Nervensystems bedingen.

In Rücksicht der dem dermaligen abnormen Geisteszustande des N. N. zu Grunde liegenden krankhaften Veränderungen lässt sich mit Bestimmtheit aussprechen, dass dieselben nach der dermaligen Intensität der Krankheitserscheinungen, die das Wesen seiner Geistesstörung begründen, in gleichzeitiger Berücksichtigung der sonstigen vorhandenen Krankheitssymptome und des Verlaufes des ganzen Krankheitsprocesses, bereits durch mehrere Jahre bestehen; dass der bei demselben vorhandene Schwund des Gehirns (Atrophia senilis) sowie die bedeutenden Venenausdehnungen an der Hinterhauptsgegend bereits zur Zeit vorhanden gewesen sind, als derselbe im J. 1856 die acute Hirnerkrankung überstand und dass es annehmbar ist, dass diese krankhaften Zustände bereits schon zu jenem Zeitpunkte sich in Entwicklung befanden, als der genannte Inculpat für seine Umgebung die 1. Erscheinungen der beginnenden Geistesstörung darbot; dass somit auf Grund der nachgewiesenen pathologischen Veränderungen als positive Thatsache ausgesprochen werden kann, dass vom Beginne des Monates Juni 1855 der Geisteszustand desselben bereits als krankhafter aufzufassen war, der bei seiner Natur den Zustand der Zurechnungsfähigkeit ausschloss.

Ob und wie ferne die vor diesem Zeitpuncte bereits zeitweise vorgetretenen psychischen Verstimmungen und periodischen Exaltationszustände, letztere sich äussernd unter der Form des auffälligen Dranges werthlose Gegenstände zu kaufen und zu sammeln, noch als in die Breite der geistigen Gesundheit fallend angesehen werden können, lässt sich nach wissenschaftlichen Grundsätzen nicht mit Bestimmtheit behaupten; lässt dies übrigens bei dem Umstande, dass bei Erkrankung mehrerer Blutsverwandten des N. N. an Geistesstörung, bei dessen stets habituellen auffällig zaghaften Gemüthsbeschaffenheit und seinem ganzen schon in früherer Zeit läppischen Benehmen wenigstens theilweise Anhaltspuncte für die Möglichkeit des Bestandes erblicher Disposition zu Geistesstörung bei ihm vorhanden sind, — um so mehr zweifelhaft erscheinen, da eben die in früherer Zeit bereits vorgekommenen Hämorrhoidalleiden mit Blutungen, vorhanden gewesenen varicösen Venenausdehnungen mit zeitweiliger Anschwellung der unteren Extremitäten schon in dieser frühen Zeit auf den Bestand eines wenn auch geringen Grades jener krankhaften Veränderungen schliessen lassen, die in ihrer weiteren Ausbildung den dermaligen Zustand der krankhaften Geistesschwäche des N. N. bedingen. Auf Grundlage des hier vorausgeschickten lässt sich somit schliesslich reasumiren:

1. N. N. ist dermalen mit jenem krankhaften Geisteszustande behaftet, den man als Blödsinn bezeichnet und zwar in einem Grade, dass hiedurch jedwede Zurechnungs-Fähigkeit aufgehoben ist;

2. als positive Thatsache kann ausgesprochen werden, dass vom Beginne des Monates Juni 1855 der Geisteszustand desselben bereits als krankhafter aufzufassen war, der schon damals bei seiner Natur und Beschaffenheit den Zustand der ZurechnungsF-ähigkeit ausschloss. —

Was nach besten Wissen und Gewissen bestättiget wird.

Dieser hier mitgetheilte Fall lässt wohl nicht verkennen, dass ohne medicinische Fachkenntniss, insbesondere die vom Richter gestellte Frage: »seit welcher Zeit der etwaige anormale Zustand datiren dürfte, »kaum auf Grundlage positiver Thatsachen aktenmässig zu beantworten war; dass aber eben die vorhandenen krankhaften Veränderungen, insbesondere im Venensysteme, einen gewichtigen Anhaltspunkt boten, einerseits in Bezug der pathogenetischen Begründung der vorgetretenen psychischen Störung, andererseits in Bezug der Dauer ihres Bestehens. Dass diese letztere Frage vom streng einseitig psychologischen Standpuncte gewiss nur minder bestimmt hätte erledigt werden können, lässt sich wohl kaum in Abrede stellen.

Wenn nun auch im mitgetheilten Falle die Erscheinungen in der psychischen Functionsphäre die Diagnose des Blödsinnes kaum zweifelhaft erscheinen liessen, so boten doch erst die palpablen materiellen Veränderungen die gewichtigsten Anhaltspuncte, um sich einerseits die pathogenetische Begründung dieses Zustandes klar zu machen, sich hiedurch vor dem Unterlaufen von Simulation sicher zu stellen, andererseits aber die Frage bezüglich der Dauer des Bestehens dieses Zustandes mit möglichst annähernder Bestimmtheit zu beantworten. Dieser hier besprochene Fall, der gerade auch in Bezug auf die Pathogenie von Interesse erscheint, dürfte gewiss nicht ganz ungeeignet erscheinen, um vielleicht jene, die etwa noch zweifeln,

dass über zweifelhafte Geisteszustände Aerzten die competente Begutachtung zusteht, davon zu überzeugen, dass auch im Gebiete der gerichtlichen Psychologie der einseitig psychologische Standpunct nicht ausreiche, sondern vor Allem auf dem pathologisch-anatomischen Standpunct festgehalten werden müsse. —

B. Aus dem Wiener Secirsaale.

Vom k. k. Reg. R. Prof. Dr. *Hyrtl*.

4. Ein unbeschriebener Fall von Vermehrung der primitiven Aortenäste.

Die Variationen, welche bisher im Ursprung der primitiven Aortenäste beobachtet und beschrieben wurden, sind sehr zahlreich. Sie wurden in den Arteriographien von Tiedemann (Tabulae arteriarum, Carlsruh. 1822) und R. Quain (The Anatomy of the Arteries, etc. Lond. 1844) sorgfältig und vollständig zusammengestellt. Einen in diesen Werken nicht angegebenen Vermehrungsfall der Aortenäste, bot mir die Leiche eines Kindes dar, dessen injicirte Büste, mit Nummer 1674, dem hiesigen anatomischen Museum einverleibt wurde. Vorerst eine zum richtigen Verständniss der Sache gehörende Bemerkung.

Es zählt eben nicht zu den grossen Seltenheiten, dass die rechte Schlüsselbeinarterie nicht aus dem ersten Aste des Aortenbogens (Anonyma) entspringt, sondern erst hinter der linken Subclavia entsteht, wodurch die Zahl der Aortenäste auf vier steigt, deren letzter die Subclavia dextra ist. Alljährlich kommen solche Fälle auf der Anatomie vor. Ich möchte das Verhältniss von 2 : 100 aufstellen. Ich kann es nun nicht bezweifeln, dass die Linkhändigkeit, welche gewöhnlich nur für eine üble Angewöhnung gilt, von dieser Gefässanomalie bedungen wird, und sie eben deshalb sich kaum je vollkommen abgewöhnen lässt.

Mein Freund, Herr Dr. Oehl in Pavia, äusserte zuerst diese Ansicht gesprächsweise gegen mich, und berief sich auf zwei, ihm zur Kenntniss gekommene, anatomisch untersuchte Fälle, in welchen die Coëxistenz der erwähnten Gefässanomalie mit Linkhändigkeit constatirt wurde. Zwei weitere Belege für die auf bekannte positive Kreislaufsgesetze gestützte Grundhältigkeit dieser Ansicht, lieferte das gegenwärtige Schuljahr. Wir bekamen eine Leiche mit vollständiger Versetzung der Eingeweide. Die der gewöhnlichen entgegengesetzte Richtung des Aortenbogens über den rechten Bronchus, mit normaler Ursprungsfolge der grossen Arterien, musste auf die Ernährung der linken Extremität und auf die Entwicklung ihrer Muskeln denselben günstigen Einfluss genommen haben, welche bei normaler Richtung des Aortenbogens die obenerwähnte anomale Ursprungsfolge seiner Aeste äussert. Obwohl nun die linke obere Extremität, dem Augenschein nach, der rechten an Stärke nicht überlegen war, so glaubte ich doch an der mehr verhornten und dickeren Epidermis der Ballen der linken Hand, und an einer nicht unerheblichen Schwiele am linken Thenar, genügende Beweise zu haben, dass das betreffende Individuum, welches wahrscheinlich als Taglöhner der arbeitenden Classe angehörte, linkhändig war. Da ich Anlass nahm über diesen Gegenstand in den Vorlesungen zu sprechen, erfreuten mich meine Zuhörer, die Herren Hermann und Schnitzler mit der Nachricht, dass sich auf der Clinik des Herrn Professor Oppolzer ein Kranker befinde, an welchem Versetzung der Eingeweide constatirt wurde, und welcher auf die Frage, ob er linkhändig sei, aussagte, dass er von Kindheit bis zu seinem 15. Lebensjahre sich vorzugsweise der linken Hand bediente, bis Schelten und Strafen von seinem Meister ihn zwangen, die rechte zu gebrauchen, dass aber noch immer, wenn ihm etwas flink von der Hand gehen sollte, die linke dienstfertiger sei. Das Individuum ist gegenwärtig 17 Jahre alt, und seines Zeichens ein Schlosser.

Um nun zu der von mir beobachteten Ursprungsanomalie der Aortenäste, welche eine Variation der eben besprochenen ist, zurückzukehren, erwähne ich in Kürze, dass an der Leiche eines neugebornen Kindes die rechte Wirbelarterie hinter der linken Schlüsselbeinarterie entsprang, während die rechte Schlüsselbeinarterie, wie gewöhnlich, ein Ast der Anonyma war. Es handelt sich also um die nun zuerst constatirte Möglichkeit, dass auch ein Ast der rechten Subclavia versetzbar ist. So wie die links entspringende rechte Subclavia gewöhnlich nicht aus dem convexen Rande des Aortenbogens sondern von der dorsalen Fläche desselben hervorgeht, so auch diese rechte Wirbelarterie. Sie krümmte sich anfangs auf der vorderen Fläche des zweiten Brustwirbels bogenförmig nach abwärts, zog zwischen diesem Wirbel und der Speiseröhre nach rechts herüber, und verlief vor den Köpfen der drei obern rechten Rippen zur oberen Brustapertur hinauf, kreuzte sich rechtwinkelig mit der hinteren Fläche der rechten Subclavia, und betrat am sechsten Halswirbel das Loch seines Querfortsatzes, um von nun an auf bekannte Weise weiter zu ziehen. Sie gab, trotz ihres langen Verlaufes, keinen Seitenast ab. Die abnorme Ursprungsstelle dieser Arterie befand sich dicht über der Insertion des Ductus Botalli in den Aortenbogen.

Dass die linke Wirbelarterie, wie es oft geschieht, selbstständig aus dem Aortenbogen entspringt, und zwar zwischen Carotis und Subclavia sinistra, ist erklärlich, indem der normale Ursprung der Wirbelarterie aus der Subclavia so nahe an die Wurzel letzteren Gefässes fällt, dass es nur einer unbedeutenden Verkürzung des Anfangsstückes der Subclavia, oder einer höher herauf reichenden Krümmung des Aortenbogens bedarf, um die linke Wirbelarterie zu einem selbstständigen Aortenaste zu machen. Dass aber die rechte Wirbelarterie, bei normalem Ursprungsverhältniss der rechten Subclavia, hinter die linke verwiesen werden kann, ist eines jener anatomischen Räthsel, welche die Entwickelungsgeschichte des Kreislaufes noch nicht zu lösen im Stande war. Der Fall ist also nur anatomisch interessant. Sollte die Unterbindung der Wirbelarterie je vorgenommen werden, welche Operation wohl auch ihren Meister finden wird, da Verwundung dieser Arterie durch Stich und Schuss, ohne gleichzeitige Verletzung der Carotis, in den topographischen Werken französischer Autoren mehrfach erwähnt wird, so möchte ich zur präcisen Ausführung derselben, jenen Anhaltspunct empfehlen, welcher zuerst von Chassaignac bei der Unterbindung der Carotis communis gewürdigt wurde: das *Tubercule carotidien*. Dieser Höcker an der vorderen Spange des Querfortsatzes des sechsten Halswirbels ist am Halse der Lebenden durch alle Weichtheile zu fühlen. Man legt ihn an der Leiche mit Leichtigkeit und Sicherheit blos, wenn das durch einen Einschnitt am innern Rande des Kopfnickers blosgelegte Bündel der grossen Gefässe und Nerven mit einem Hacken oder mit dem Finger nach aussen gehalten wird. Ein von der Spitze des »Carotidenhöckers« senkrecht nach abwärts geführter Schnitt, spaltet die am sechsten Halswirbelquerfortsatz haftenden Insertionen des Longus colli, und legt die Eintrittsstelle der gesuchten Arterie in den Canalis transversarius blos, wo sie mit de gekrümmten Aneurysmennadel umgangen und aufgehoben werden kann. Noch leichter ist ihre Unterbindung, wenn sie nicht am sechssten, sondern am fünften, vierten, oder dritten Halswirbel den Canal der Querfortsätze betritt, worüber ich zahlreiche Belege gesammelt habe. Complicirt wäre die Operation durch das Vorkommen zweier Wirbelarterien auf einer Seite. Da vorauszusetzen ist, dass ein Wundarzt, der sich zur Unterbindung der Wirbelarterie entschliesst, auch weiss, welchen Calibers sie ist, so wird er bei augefälliger Kleinheit desselben nicht in Verlegenheit darüber sein, wo er die zweite Wirbelarterie zu suchen hat. Sie liegt immer auswärts der normalen. Die nur auf äusserst seltene Fälle beschränkte Indication zur Ligatur der Wirbelarterie, wird sie nicht so bald aus dem anatomischen Amphitheater in die chirurgische Praxis übergehen lassen.

(Wird nach kurzer Unterbrechung wieder fortgesetzt.)

Miscellen, Amtliches, Personalien.

Notizen.

Am 15. März wurde Herr Dr. Julius T. Koziel aus Teschen in k. k. Schlesien als Mitglied des Doctoren-Collegiums in die medicinische Facultät aufgenommen.

Durch Erlass des h. Ministerium des Innern wurde im Badeorte Deutsch-Altenburg die Einführung der in anderen Curorten üblichen Curtaxe bewilliget.

Gesundheitszustand. Die Krankenzahl nimmt fortwährend, wenn auch unbedeutend, ab und insbesondere sind es Typhen die als neue Erkrankungen im allgemeinen in geringerer Anzahl zur Beobachtung kommen, dagegen zeigen sich entzündliche Formen allmälig häufiger. Im k. k. allgemeinen Krankenhause füllen zahlreiche Tuberculosen den Abgang an Typhen aus, so dass der Krankenstand in letzter Woche nur um weniges, d. i. auf 2454 gesunken ist. Unter den entzündlichen Formen sind hier Anginen und Pneumonien vorherrschend. Dabei nehmen auch Bronchialcatarrhe überhand und Haemoptoe zeigte sich öfter. Die exanthemetischen Krankheiten sind auf ihr gewöhnliches Mass zurückgewichen und Puerperalprocesse sowohl in Bezug auf Zahl als Heftigkeit mässig. — Im k. k. Krankenhause Wieden hält sich der Krankenstand auf der Höhe der Vorwoche, indem der Zuwachs die gleiche Ziffer (173) behauptet, der Abgang (139 und zwar 114 Geheilt, 25 Verstorben) etwas hinter demselben zurückgeblieben ist. Auch in dem Verhältniss der zur Aufnahme kommenden Krankheitsformen ist in dieser Woche keine neue Gruppirung wahrnehmbar, die typhösen Erkrankungen sind noch immer häufig, aber die Aufnahme der Tuberculosen ist in der Zunahme. — In den beiden k. k. Militärspitälern mehrt sich die Krankenzahl noch und verblieben am 15. d. M. Nr. I. 699, in Nr. II. 739 Kranke in Behandlung. Auch Typhusfälle sind hier noch in geringer Zunahme, Blattern ohne erhebliche Veränderung; die Zahl der Augenkranken steigt mit jedem Tage um einige und verbleiben am obgenannten Tage in Nr. I. 93, in Nr. II. 114.

♂ Aus Ungarn, 12. März. Mit bangem Erwarten sieht man bei uns der definitiven Besetzung der anatomischen Lehrkanzel in Pest entgegen; verschiedenartige Ansichten und Wünsche machen in Beziehung auf die schwebende Angelegenheit die Runde. Als Candidaten nennt man Gruber, Engel, Lenhossek, Wallmann, Heschl, Klob, Planer, Willigk, Dantscher, Jendrassik und Aranyi. Jedermann hält sich überzeugt, dass dieses hochwichtige Lehramt einem gewiegten practisch gebildeten Anatomen anvertraut werden wird, denn nur eine mächtige wissenschaftliche Capacität wird sich an die hellglänzenden Namen Balassa, Czermak, Brühl u. s. w. würdig anschliessen können. Dass in solchem Anbetracht Prof. Gruber in Petersburg (vormals Prosector in Prag) und Prof. Lenhossek als die tüchtigsten Bewerber erscheinen, dürfte jedem in der anatomischen Literatur bewanderten Fachmanne klar sein; allerdings erschwert der Umstand, dass der Nationalität gleichfalls Rechnung getragen werden soll, da der Professor der Anatomie in Pest für die Chirurgen in magyarischer Sprache vorzutragen hat, (leider besteht noch das chirurgische Studium in unserm Kronland) die richtige Wahl des Würdigsten gar sehr; freilich könnte diese Schwierigkeit dadurch behoben werden, dass diese Vorträge dem jeweiligen Assistenten oder einem Docenten überlassen bleiben könnten. Die weise Einsicht des hohen Ministeriums wird — dessen sind wir gewiss — auch bei dieser Berufung die Wohlfahrt der viel besuchten Hochschule in Pest im väterlichen Auge halten.

♌ Aus Baiern. 5. März 1859. Neben vielen öffentlichen und privativen Beweisen der Sympathie, welche Baiern für Oesterreich in der letzten, bewegten Zeit gegeben, mag es auch als characteristisch erwähnt werden, dass mehrere baierische Aerzte Oesterreich im Falle eines Krieges ihre Dienste angeboten haben sollen. — Hier erregt die Anstellung des jungen Baron Liebig (Sohn des berühmten Chemikers) als Gerichts- und Badearzt in Achselmannstein einige Verstimmung unter den Aerzten, weil dieser junge Doctor, der vordem in Calcutta eine Stelle bekleidete, in Baiern nie früher gedient, ja nicht einmal einen Anspruch auf irgend einen Staatsdienst hat, nachdem er sich hier zu Lande keinem und insbesondere nicht dem baierischen Staatsexamen unterzogen, nicht zu erwähnen, dass von seinen medicinischen oder gerichtsärztlichen Qualificationen nicht die geringsten Beweise vorliegen.

Veränderungen in der k. k. feldärztlichen Branche.

Befördert wurden: zu OAe. die UAe. Doctoren Franz Stawa, vom 44. beim 31. und Alois Paikrt vom 3. beim 5. Inft. Rgt. — zu OWAe. die UAe. Ignaz Rath vom 11. Grenz-Rgt. beim 2. Inft. Rgt., Wilhelm Hess vom 3. Grenz-Rgt. beim 6. Kür. Rgt., Josef Mayerhöfler vom 53. Inf. Rgt. beim 1. Kür. Rgt., Josef Wressnig vom 1. Grenz-Rgt. beim 47. Inf. Rgt., Nicolaus Widra vom 60. Inf. Rgt. beim 4. Inf. Rgt., Leopold Hild vom 9. Jäg. Bat. beim 12. Uhl. Rgt. und August Schmollinger vom 7. Hus. Rgt. beim 10. Hus. Rgt. — Pensionirt wurden: die OAe. Doctoren Carl Liebich vom 48. und Carl Keer vom 30. Inf. Rgt.; dann OAe. Franz Zaiczek vom 2. Hus. Rgt. und Josef König vom 31. Inf. Rgt.— Transferirt wurden: die OAe. Doctoren Franz Machaczek vom 31. Inf. z. 2. Art.-Rgt. und Josef Till vom 43. Inf.-Rgt z. Prager Invalidenhaus.— Ausgetreten sind: OA. Dr. Peter Kreczunowicz vom 23. Inf.-Rgt.; dann die UAe. Simon Moessner vom 32 Inf.-Rgt., Leopold Hanusch vom Garn.-Sp. in Komorn und Johann Mina vom 39. Inf.-Rgt. — Gestorben sind: OA. Dr. Eduard Engelmann vom Titler Grenz-Bat. und UA. Franz Lichna vom 12 Jäg.-Bat.

Erledigte Stipendien.

In der L. E. von Smetana'schen Univ. Stiftung sind zwei Stipendien, jedes im Betrage jährlicher 210 fl. Oe. W. für Hörer der Medicin und höheren Chirurgie in Erledigung gekommen und mit dem Beginne des gegenwärtigen Wintersemesters wieder zu besetzen. Der Stipendist ist auch verpflichtet sich dem Operations-Curse zu widmen. Mit den vorgeschriebenen Nachweisen belegte ungestämpelte Gesuche sind bis 20. März d. J. an das k. k. Universitäts-Consistorium gerichtet in der Universitätskanzlei (Untere Bäckerstrasse Nr. 749) zu überreichen.

Erledigte Stelle.

Die Assistenten-Stelle bei dem Lehramte der Geburtshilfe in Graz und zugleich Geburtsarztesstelle im dortigen Gebärhause mit einem jährlichen Gehalte von 210 fl. Oe. W., Wohnung, Holz, Licht und nach Massgabe einer besonders eifrigen nnd ausgezeichneten Verwendung mit der Aussicht auf eine jährliche Remuneration, ist erledigt. Gesuche sind bis Ende März bei dem k. k. medicinisch-chirurgischen Studiendirectorat in Graz zu überreichen.

Offene Correspondenz.

Prän. Nr. 926. Der ganzjährige Pränumerationsbetrag dieser Zeitschrift ist 8 fl. 40 kr. Oe. W. Sie sandten nur 5 fl. Oe. W. daher wir, wenn die Pränumeration ganzjährig sein soll (wie sie schrieben) um den Nachtrag von 3 fl. 40 kr. Oe. W. ersuchen. — Prän. Nr. 661. Ihrem Wunsche gemäss haben wir mit Herrn Professor Heller Rücksprache genommen, dieser uns aber auf sein eben unter der Presse befindliches grösseres Werk über pathologische Chemie, dessen Correcturbogen wir eingesehen haben, verwiesen. So lange er damit beschäftigt ist, müssen wir wohl auf eine besondere Mittheilung von ihm verzichten. — Praen. Nr. 297. Wir haben den für diesen Semester erhaltenen Pränumerationsbetrag Ihnen auch für denselben gutgeschrieben und wollten auf Grund Ihres Briefes den im vorigen Jahre irrthümlich an die »Presse« geschickten Betrag von dieser reclamiren, ohne Sie weiter dafür verantwortlich zu machen. Es scheint, dass die Presse, ohne unser Wissen und ohne unsere Schuld den längern Weg zur Ausgleichung einschlug. Wir werden die Angelegenheit schon hier ausgleichen und stellen in keinem Falle für das vergangene Jahr mehr eine Forderung an Sie.

Berichtigung. In dem in unserer letzter Nummer mitgetheilten Berichte über die Plenar-Versammlung des Doctoren-Collegiums am 3. März d. J. geschah zweier Anträge des Spectab. Decan keine Erwähnung, nämlich: a) auf Bestimmung des Comite's, welches den Statutenentwurf des Unterstützungs-Institutes verfasst hatte zum provisorischen Ausschusse dieses Institutes, was genehmigt wurde und b) auf Festsetzung des Zeitpunctes, von welchem an das Bestehen dieses Institutes zu berechnen ist, worüber man sich für den 1. Jänner d. J. entschied; wir ersuchen daher durch das eben Gesagte jenen Bericht ergänzen zu wollen.. Die Redaction.

Diejenigen P. T. Herren Pränumeranten, deren Pränumeration mit Ende dieses Monats ablauft, werden ersucht, dieselbe baldmöglichst zu erneuern und die Pränumerationsbeträge an das Redactionsbureau (Stadt, obere Bäckerstrasse Nr. 761) portofrei einzuschicken, damit in der Versendung der Zeitschrift keine Unterbrechung statt finde. Die erste der in unserm Programme angekündigten grösseren periodischen Beilagen wird Ende April als Semestralbeilage ausgegeben werden.

Druck von Anton Schweiger in Wien.